

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE19 CHIRURGIEN DENTISTE
8ELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CRB. CONV. 2.1SD IK SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre
libéral, dans un établissement de soins,
Cachet de cet établissement- Si les soins sont dispensés par un
chirurgien dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Références Nationales Opposables

R. ☐HR. ☐

Date de la proposition

28/08/24

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7090

Un devis a-t-il été remis à l'assuré :

OUI



NON



IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE19 CHIRURGIEN DENTISTE
8ELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CRB. CONV. 2.1SD IK SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre
libéral, dans un établissement de soins,
Cachet de cet établissement- Si les soins sont dispensés par un
chirurgien dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

NOM et PRENOM DU PATIENT

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))
Date de naissanceNguyen Amelie
N° immatriculation de l'assuré(e)

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)
TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE☐ Début de traitement
☐ Surveillance☒ Suite - semestre n° 2
☐ Contention - année n°☐ Autres
lesquels

DIAGNOSTIC

(uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal
Sens transversal
Sens vertical☐ Pro
☐ Endo
☐ Hypodivergence
☐ Retro
☐ Exo☐ Pro
☐ Endo
☐ Hyperdivergence
☐ Retro
☐ Exo

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

☐ Pro
☐ Endo
☐ Supraclusion
☐ Retro
☐ Exo☐ Pro
☐ Endo
☐ Infraclusion
☐ Retro
☐ ExoClasse dentaire molaire ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.IIIClasse dentaire canine ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III☐ Dysharmonie dento-maxillaire☐ Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s)

Dent(s) incl. ou Surnum.

Malposition(s)

Occlusion inversée

☐ Droite☐ Gauche☐ Antérieure

Facteur(s) fonctionnel(s)

PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

COMMENTAIRES

suite alignement haut et bas

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE: 28/08/24.